

**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y
CONGÉNITA EN USUARIOS DE UNA E.P.S EN CÓRDOBA DURANTE EL
PERIODO 2015-2017**

**TANIA MARCELA DÍAZ SOTO
JALBER FABIÁN MARTÍNEZ MARTÍNEZ**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA
2018**

**COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y
CONGÉNITA EN USUARIOS DE UNA E.P.S EN CÓRDOBA DURANTE EL
PERIODO 2015-2017**

**TANIA MARCELA DÍAZ SOTO
JALBER FABIÁN MARTÍNEZ MARTÍNEZ**

**Asesora temática
MÓNICA HANNA LAVALLE
Enfermera. Magister en administración M.B.A.**

**Asesora metodológica
MARILYN VILLADIEGO CHAMORRO
Enfermera. Dra. En enfermería**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA, CÓRDOBA
2018**

NOTA DE ACEPTACIÓN

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

Montería, X de mayo de 2018

DEDICATORIA

A Dios y el Universo, por siempre estar a mi favor, permitiéndome despertar cada día con el deseo de ir en busca de mis sueños y por hacer de cada momento una nueva oportunidad

A mis padres, por ser ejemplo, inspiración y apoyo incondicional en todos los momentos.

A mis hermanos, abuelos y tíos, porque siempre han creído en mí.

Jalber Fabián Martínez Martínez

Al Dios de los cielos, porque cada día me brindó la maravillosa oportunidad de vivir y perseguir mis sueños. A mi compañero y amigo Jalber Martínez, por trabajar a mi lado y ser un gran apoyo.

A mis padres, Nayibis Soto y Robert Díaz, mi motor, mi amor eterno, mi motivación, mi orgullo y la fuerza que me impulsa a ser mejor cada día.

A mis hermanos, Adriana Díaz, Katia Macea y Robert Díaz, mis adorados sobrinos Emiliano, Gabriela, Salomón, Elkin Andrés y Tania Cristina, a mi Gorda Elsa Oviedo, a mis abuelos, tíos, primos, demás familiares y amigos, gracias por confiar y creer en mí.

A mi compañero de vida y modelo de amor incondicional, Oscar García, quien me enseñó a ser perseverante, dar buen ejemplo, amar la vida y disfrutar los buenos momentos. ¡Este triunfo es de ustedes!

Tania Marcela Díaz Soto

AGRADECIMIENTOS

A nuestras asesoras temática y metodológica, Mónica Hanna y Marilyn Villadiego, por la colaboración y disposición para el desarrollo de esta investigación

A nuestros compañeros, porque con su compañía y ayuda; hicieron de este recorrido una de las mejores experiencias.

A todos los docentes, por su infinita dedicación, comprensión y gran labor en el proceso de enseñanza; aprendizaje.

A la Universidad de Córdoba, por permitir los escenarios de aprendizaje necesarios para el desarrollo personal y regional

Y a todas las personas que de cierta manera han estado presentes, ofreciendo una enseñanza para la vida.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	12
OBJETIVOS	15
OBJETIVO GENERAL	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
MARCO REFERENCIAL	16
GENERALIDADES DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	16
MARCO HISTÓRICO.....	20
ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	23
NORMOGRAMA	25
MARCO CONCEPTUAL.....	26
METODOLOGÍA.....	29
TIPO DE ESTUDIO	29
ESCENARIO DE ESTUDIO	29
POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	29
UNIDAD DE ANÁLISIS.....	29
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	29
PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	30
ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	30
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	31
CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO DE ACUERDO A LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS ESTABLECIDAS EN EL ESTUDIO	31

IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN MAYORMENTE AFECTADA SEGÚN EDAD, SEXO Y LOCALIZACIÓN GEOGRÁFICA	33
Población mayormente afectada según la edad	33
Población mayormente afectada según el sexo.....	38
Población mayormente afectada según localización geográfica.....	41
ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA DURANTE EL PERIODO DE TIEMPO SELECCIONADO	45
COMPARACIÓN DE CADA PERIODO EPIDEMIOLÓGICO EN ESTUDIO	48
DISEÑO DE ESTRATEGIAS Y HERRAMIENTAS PARA LA EDUCACIÓN DE LA POBLACIÓN GESTANTE A CERCA DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA SÍFILIS	50
CONCLUSIONES	52
RECOMENDACIONES	54
BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	58

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Descripción de variables poblacionales.....	32
Tabla 2. Población mayormente afectada según la edad de mujeres con sífilis gestacional.....	34
Tabla 3. Población mayormente afectad según la edad de neonatos con sífilis congénita.....	37
Tabla 4. Población mayormente afectada con sífilis congénita según el sexo.....	40

LISTA DE GRÁFICAS

Figura 1. Porcentaje total de acuerdo a las edades de mujeres con sífilis gestacional en el periodo de estudio.....	36
Figura 2. Porcentaje total de acuerdo a las edades de neonatos con sífilis congénita en el periodo de estudio.....	38
Figura 3. Distribución de la sífilis congénita, según el sexo	40
Figura 4. Distribución geográfica de la sífilis congénita en el departamento de Córdoba.....	41
Figura 5. Distribución geográfica de la sífilis gestacional en el departamento de Córdoba.....	42
Figura 6. Distribución geográfica de la sífilis gestacional en el departamento de Córdoba. (Continuación)	43
Figura 7. Comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita 2015-2017.....	45
Figura 8. Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en 2015	47
Figura 9. Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en 2016	48
Figura 10. Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en 2017	49

LISTA DE ANEXOS

Solicitud formal de base datos a E.P.S. Para desarrollo el desarrollo de la investigación.....	58
Guion video: “Salud sexual y reproductiva, una estrategia educativa en contra de la sífilis”	59

RESUMEN

Introducción: En 2017, Córdoba notificó al SIVIGILA, 49 casos de sífilis gestacional y 14 de congénita, con lo cual se activan las alarmas ante este grave problema de salud pública; en esta investigación se realiza un análisis comparativo del comportamiento de la sífilis gestacional y congénita durante los últimos 3 años. **Materiales y métodos:** estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo. Se analizó la información contenida en la base de datos de una de las EPS con mayor cobertura del departamento de Córdoba, en la cual se registra un total de 98 casos de sífilis gestacional y 32 de sífilis congénita desde el año 2015 al 2017. **Resultados:** la ciudad de Montería, registra el mayor número de reportes de sífilis gestacional, el cual ha ido en aumento en los últimos años, los más afectados por esta gran problemática en salud, siguen siendo la población adolescente en edades entre los 14 y 18 años, así mismo mujeres en edades entre los 19 y 30 años. La población neonatal sífilítica más afectada se registra en edades entre 1 y 5 días de nacimiento, y un porcentaje significativo hasta 20 días de nacimiento, lo cual se convierte en una detección tardía de la enfermedad.

Palabras claves: sífilis, sífilis gestacional, sífilis congénita, comportamiento epidemiológico.

ABSTRACT

Introduction: In 2017, Córdoba notified SIVIGILA, 49 cases of gestational syphilis and 14 cases of congenital syphilis, triggering alarms in response to this serious public health problem; In this research, a comparative analysis of the behavior of gestational and congenital syphilis during the last 3 years is carried out. **Materials and methods:** This descriptive, retrospective, epidemiological study with a quantitative approach. The information contained in the database of the health promoter company with the highest coverage of the department of Córdoba was analyzed, in which a total of 98 cases of gestational syphilis and 32 of congenital

syphilis were recorded from 2015 to 2017. **Results:** Monteria city, recorded the highest number of reports of gestational syphilis, which has been increasing in recent years, the most affected by this major health problem, are still the adolescent population between the ages of 14 and 18 years, likewise women in ages between 19 and 30 years. The most affected syphilitic neonatal population is registered at ages between 1 and 5 days of birth, and a significant percentage up to 20 days from birth, which becomes a late detection of the disease.

Key words: syphilis, gestational syphilis, congenital syphilis, epidemiological behavior.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (I.T.S), han sido desde tiempos antiguos, una gran problemática para la salud pública, cuyo principal factor de riesgo; es que cada individuo da un manejo diferente a su sexualidad y en la mayoría de los casos se tiene desconocimiento de los múltiples riesgos a los que se exponen; al no tener en cuenta los métodos de protección para las prácticas sexuales. “La transmisión ocurre cuando se presenta un comportamiento sexual de riesgo, el cual puede definirse como el antecedente de por lo menos un contacto sexual sin protección (sin uso de condón) con una persona de la cual se ignora si tiene o no una I.T.S, o se conoce que la tiene”¹. La sífilis se destaca dentro de las ITS más diagnosticadas actualmente², cuando ocurre en la mujer embarazada fácilmente se transmite al feto ocasionando hasta en un 81% de los casos complicaciones que incluyen muerte fetal o neonatal temprana, prematuridad, bajo peso o infección congénita y tardía.

Según la OMS³ cerca de 12.000.000 de nuevos casos de sífilis son reportados anualmente, de los cuales 3.000.000 pertenecen a América Latina y el Caribe.

De igual manera, en Colombia; el Instituto Nacional de Salud⁴ evidencia mediante estadísticas; el diagnóstico anual de más de 70.000 casos nuevos de ITS de los cuales 9.3% se encuentra en fase ulcerativas, ocupando la sífilis precoz el mayor

¹ MINISTERIO DE SALUD. Guía de atención para las enfermedades de transmisión sexual. Bogotá. 5 p. [en línea]. <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/24Atencion%20de%20las%20ETS.PDF>> [citado en 22 agosto de 2017]

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. [en línea]. (2008) <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43856/9789243595856_spa.pdf;jsessionid=28024CF485F3848D24AB2C91CD5BB845?sequence=1> [citado en 26 de enero 2018]. ISBN 978 92 4 359585 6

³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Ibip.

⁴ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Citado por, AMADOR, Concepción. HANNA, Mónica. VILLADIEGO, Marilyn. Sífilis gestacional: Enfermedad de interés en salud pública Córdoba-Colombia 2015. Rev Cuid. [en línea]. 2017; 8(1): 1449-58. <[Http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.350](http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.350)> [citado en 22 enero de 2018]

porcentaje, con un 6.1%. Dicho factor; facilita la transmisión y se constituye en la puerta de entrada y salida para cualquier tipo de infección.

Para el departamento de Córdoba, la situación es alarmante, debido a los altos índices de morbilidad-mortalidad materna y perinatal, siendo la sífilis gestacional y congénita un agente contribuyente a la problemática. “En el año 2010 se notificaron 240 casos de sífilis, de los cuales el 65,4% corresponde a casos de sífilis gestacional y para el año 2015, estudios realizados demostraron que solo en la ciudad de Montería, la sífilis gestacional se mantiene con una prevalencia de 1 a 5 casos por semana epidemiológica”⁵. También cabe resaltar la alta capacidad de transmisión microbiológica madre-hijo “La transmisión prenatal en la sífilis materna primaria es de 70% y en la secundaria es de 90% a 100%. En la sífilis latente temprana es de 30%, en la latente tardía la transmisión disminuye a alrededor de 20%.”⁶

Por dichas razones, esta investigación es desarrollada a partir de la necesidad de analizar y comparar; el comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita en la región cordobesa durante los últimos tres años, tomado como muestra los usuarios de una E.P.S. La finalidad, es evidenciar el impacto de esta I.T.S sobre la población; teniendo en cuenta diferentes variables; que luego podrían ser intervenidas, buscando el mejoramiento de la salud colectiva en la región.

El profesional de enfermería, siendo un ente educador; juega un papel muy importante sobre la problemática, pues se ha demostrado a través de diferentes teorías, que, con la intervención educativa para la salud y el autocuidado, se logran disminuir considerablemente las cifras de morbilidad y mortalidad, no solo

⁵ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Citado por, AMADOR, Concepción. HANNA, Mónica. VILLADIEGO, Marilyn. Sífilis gestacional: Enfermedad de interés en salud pública Córdoba-Colombia 2015. Rev Cuid. [en línea]. 2017; 8(1): 1449-58. <[Http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.350](http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i1.350)> [citado en 22 enero de 2018]

⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia en salud pública: Sífilis gestacional y sífilis congénita. Versión 02. 2015

en patologías de tipo transmisible como la Sífilis, sino también en cualquier otra conducta que pueda afectar la salud de los individuos y la comunidad.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el comportamiento epidemiológico de la Sífilis gestacional y congénita en los usuarios de una E.P.S en el departamento de Córdoba, durante el periodo 2015- 2017.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a la población objeto, de acuerdo con las variables sociodemográficas establecidas en el estudio.
- Identificar la población mayormente afectada según edad, sexo y localización geográfica.
- Analizar el comportamiento en los casos de sífilis gestacional y congénita durante el periodo de tiempo seleccionado.
- Comparar cada uno de los periodos epidemiológicos en estudio.
- Diseñar estrategias y herramientas a través de las cuales se eduque a la población gestante a cerca de prevención y tratamiento de la sífilis.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1 GENERALIDADES DE LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA

Desde su rápida y dramática aparición, estaba previsto; que la infección por sífilis sería un problema prioritario para la salud pública, principalmente por su capacidad de transmisión vertical, que da lugar a otras denominaciones de la enfermedad, como lo son; la sífilis gestacional y congénita. “La sífilis se transmite de la madre al feto y puede conducir hasta en un 80% de los casos; aborto, muerte fetal, parto pre término e infección del recién nacido o sífilis congénita, que puede ir acompañada de diferentes grados de discapacidad, incluso la muerte”⁷.

La infección es producida por el *Treponema pallidum* subespecie *pallidum* (Tp), y es una enfermedad de transmisión sexual o hereditaria, de distribución mundial.⁸ Esta; es exclusiva del ser humano, sus manifestaciones clínicas pueden ser variables y de evolución crónica, “se caracteriza por episodios de enfermedad activa, interrumpidos por lapsos de latencia. Tras un periodo de incubación promedio de 3 semanas o más, aparece la lesión primaria o “chancro” que frecuentemente se acompaña de una linfadenopatía regional. La fase bacterémica secundaria cursa con lesiones mucocutáneas y adenitis linfática generalizada y se continúa con un período de latencia subclínica que dura muchos años. La fase terciaria tardía se desarrolla sólo en la tercera parte de los enfermos no tratados y se manifiesta por lesiones mucocutáneas, osteoarticulares o parenquimatosas de

⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014. Bogotá: il. ISBN: 978-958-8735-87-0

⁸ GRIEMBERG, Gloria. Sífilis y embarazo control prenatal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos. En: Revista Medicina Buenos Aires. [En línea]. (2000). < http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/3/v60_n_3_p343_347.pdf >. ISSN 0025-7680. [citado en 22 de enero 2018]

carácter destructivo llamadas “gomos”, aortitis con formación de aneurismas o afección sintomática del sistema nervioso central”⁹.

Al hablar de sífilis gestacional, podemos considerar la infección preconcepcional y durante la gestación, la cual puede ser identificada en el embarazo, puerperio, o después de un aborto, con evidente lesión genital relacionada a sífilis y prueba treponémica o no treponémica, reactiva o positiva, sin tratamiento como mínimo 30 días preparto. Se encuentra establecido, según la norma técnica de detección temprana de las alteraciones del embarazo, el obligatorio cumplimiento la realización del tamizaje serológico en todas las gestantes asistentes al programa desde su primera consulta con medicina. Esta debe ser repetida en cada trimestre según el riesgo y al momento del parto. “Para el caso específico del VDRL, cuando este es negativo y no se evidencian condiciones de riesgo, el examen debe repetirse en el momento del parto. Si hay condiciones de alto riesgo para presentar infecciones de transmisión sexual, es preciso repetir la serología en el tercer trimestre. Si la serología es positiva, es necesario confirmar el diagnóstico e iniciar tratamiento a la paciente y su pareja de acuerdo con los lineamientos de la Guía de atención para la Sífilis”¹⁰.

Los resultados de los exámenes de laboratorio, se encuentran basados en los siguientes parámetros: Se considera prueba no treponémica (VDRL o RPR) reactiva: mayor o igual a 1:8 diluciones o en menores diluciones (0, 1:2, 1:4) con prueba treponémica (FTA.aba o TPHA) positiva¹¹. Para su tratamiento se tiene en cuenta: “Mujeres sin antecedentes de reacciones alérgicas a la penicilina, se recomienda el uso de penicilina benzatínica 2´400.000 UI IM aplicada en el mismo

⁹ CARRADA, Teodoro. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. En: Revista de la facultad de medicina UNAM. [en línea]. No 6 (2003) < <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2003/un036g.pdf> > [citado en 22 de enero 2018]

¹⁰ MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Bogotá. 2000. 13 p.

¹¹ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Op. cit.,p. 12

momento de conocer el resultado de la prueba rápida treponémica y continuar con el manejo según el estadio de la sífilis en el que se encuentre la gestante”¹².

Estadios de clasificación para la administración de tratamiento:

- Sífilis temprana (menor o igual a (\leq) 1 año de infección, incluye la sífilis primaria, secundaria y latente temprana): administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis única.
- Sífilis tardía (sífilis latente mayor a ($>$) 1 año de duración desde la infección): administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas.
- Sífilis de duración desconocida: administrar 2´400.000 UI de penicilina benzatínica IM dosis semanal por 3 semanas.

Es posible que se presenten casos de reinfección; los cuales deben ser tratados de la siguiente manera:

- En la mujer con sífilis gestacional con diagnóstico de reinfección se recomienda repetir el tratamiento con esquema de penicilina benzatínica 2´400.000 UI/IM, una dosis cada semana hasta completar 3 dosis.

Se denomina sífilis congénita; a la infección que ocurre, cuando la madre con sífilis transmite la infección al fruto durante la gestación, ya sea por vía hematógeno-transparentaría o durante el parto por el contacto del neonato con lesiones en los genitales de la madre. Las lesiones clínicas se forman a partir de la semana 16 de gestación cuando el sistema inmunológico se ha desarrollado, aunque el Treponema puede pasar a la circulación fetal desde la novena semana. La sífilis congénita se clasifica según el momento de aparición de las manifestaciones clínicas, las cuales dependen no sólo de la edad gestacional al momento de la infección, sino también de la etapa evolutiva de la enfermedad

¹² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit., p. 44

(más frecuente en los estadios precoces de la infección) y del inicio del tratamiento.¹³

Una definición global para casos de sífilis congénita, puede ser “Cada producto del parto (nacido vivo o mortinato) de una mujer con prueba serológica positiva para sífilis en el momento del parto que no recibió un tratamiento adecuado durante el embarazo.”¹⁴

Según el protocolo de atención para la sífilis, existen diferentes parámetros, criterios clínicos y exámenes de laboratorio mediante los cuales es posible identificar un caso de sífilis congénita.

Clínica sugestiva: Bajo peso, prematurez, pénfigo palmoplantar, rash, hepatoesplenomegalia, rágades, rinorrea muco sanguinolenta, hidrops-fetalis. Cuadro hemático: Presencia de anemia, reacción leucemoide (leucocitos >35.000 x mm³), trombocitopenia (<150.000 plaquetas x mm³) siempre que no esté asociado a trastorno hipertensivo gestacional.

Radiografía de huesos largos: Que evidencie periostitis, bandas metafisiarias u osteocondritis.

Líquido cefalorraquídeo (LCR): Con VDRL reactivo en cualquier dilución o aumento de las proteínas (>150 mg/dL en el recién nacido a término o >170 mg/dL en el recién nacido pretérmino) o conteo de células >25 x mm³ en LCR a expensas de linfocitos (meningitis aséptica) sin otra causa que lo explique.

Aminotransferasas elevadas e hiperbilirrubinemia directa: Aspartato aminotransferasa - AST (valor de referencia 20.54 U/L ± 13.92 U/L), Alanina aminotransferasa - ALT (valor de referencia 7.95 U/L ± 4.4 U/L), bilirrubina directa

¹³ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Op. cit., p. 10

¹⁴ NEIRA, Freddy. Sífilis congénita. En: Revista Precop [en línea]. <
http://evirtual.lasalle.edu.co/info_basica/nuevos/guia/GuiaClaseNo.3.pdf > [citado en 02 de febrero 2018]

o conjugada > 20% del total de la bilirrubina total. Uroanálisis: con proteinuria, hematuria, cilindruria.

Tratamiento:

- En todo recién nacido que cumpla con la definición de caso de sífilis congénita, se recomienda el uso de penicilina G cristalina 100.000 UI/Kg/IV dividida en dos dosis, cada una de 50.000 UI cada 12 horas por 7 días y luego 150.000 UI/Kg/IV del día 8 al 10 administrada en tres dosis (1 dosis cada 8 horas) de 50.000 UI/Kg cada una.
- En todo recién nacido expuesto que no cumpla con los criterios de caso de sífilis congénita y cuya madre haya sido tratada adecuadamente; se recomienda aplicar una sola dosis de penicilina benzatínica 50.000 UI/Kg/IM como profilaxis para infección por sífilis.¹⁵

Existe una alta tasa de probabilidad de que una mujer embarazada sea portadora o se infecte con sífilis, si no cuenta con la educación para el mantenimiento de la salud adecuado, entonces es posible disminuir las tasas de incidencia y prevalencia de la enfermedad, poniendo en práctica estrategias que contribuyan a la causa.

2.3 MARCO HISTÓRICO

La especie humana, se ha caracterizado por su capacidad de raciocinio, la cual; la lleva a encontrarse en un nivel superior; en comparación a las demás especies vivas en el planeta. Sin embargo, es completamente dependiente de otros seres vivos y del entorno, para satisfacer las necesidades biológicas, por esto los seres humanos son huéspedes accesibles para microorganismos, que pueden o no ser perjudiciales para la salud del hombre.

¹⁵ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit., p. 60

La preservación de la especie es regla universal para todas las formas de vida existentes, en el caso de los seres humanos esta se logra a través del acto sexual; que a su vez es una fuente de placer tan maravillosa, como peligrosa, por la existencia de microorganismos patógenos; cuya principal vía de transmisión es la sexual.

En el transcurrir de la historia, las I.T.S han estado presentes en el entorno humano, algunas de ellas llegando a ser causa de epidemias globales. En textos antiguos, estas fueron descritas por los estudiosos de la época con pocos fundamentos científicos y basándose principalmente en la observación, por ejemplo: “Los condilomas eran conocidos como verrugas en partes íntimas”¹⁶. De igual manera, según algunos textos; la sexualidad como agente causal también fue descrita “En el libro de los Números se relata una epidemia que produjo 24.000 muertos entre los hebreos después que éstos fornicaran masivamente con las madianitas, en un rito de consagración.”¹⁷

La propagación de las I.T.S alrededor del mundo, se debe principalmente a la necesidad existente en la mente humana, de descubrir y explorarse a sí mismo y al mundo que lo rodea. “Martin Alonso Pinzón, capitán de La Pinta, murió de sífilis poco después de volver del Caribe, en marzo de 1493. [...] La enfermedad se recoge en Italia a partir de 1494 y se extendió por toda Europa en 1498”¹⁸

Muchos años después, debido al gran impacto social que estas generaban, se empezaron a idear métodos para su prevención y tratamiento, utilizando desde prospectos de condones elaborados con membranas animales, hasta ungüentos de uso tópico; sin embargo estos métodos eran poco ortodoxos para la ciencia

¹⁶ UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO. Breve historia y descripción de las ETS. [en línea]. <<http://www.unidiversidad.com.ar/breve-historia-y-descripcion-de-las-enfermedades-de-transmision-sexual>> [citado en 15 octubre 2017]

¹⁷ BIBLIA. Traducido del Latín por el padre Antonio Portela. 5 ed. Cali: Editorial Divino niño de la SAGRADA Prensa, 1978 Sacrificio 17: 6-45.

¹⁸ POTTS, Malcom, SHORT, Roger. Historia de la sexualidad: Desde Adán y Eva. Cambridge: AKAL, 2001. 267 p. ISBN 84 8323 205 7

actual, adicionalmente existía un conflicto de ideologías; generado por la poca educación sexual, “muchos hombres preferían enfermar antes que usar la detestable armadura” lo que llevo a inminentes epidemias de sífilis y gonorrea”.

Durante la antigüedad, el tratamiento de elección para tratar la enfermedad, era el mercurio, siendo administrado por diferentes vías, como la oral, intramuscular y uso tópico. Los esfuerzos por detener la propagación de las entonces llamadas enfermedades venéreas eran enormes, pues estas representaban una alta tasa de morbilidad materno – infantil, solo en Estados Unidos, “Al año nacían aproximadamente 60.000 bebés con sífilis”¹⁹. A demás, causaban pérdidas humanas y económicas para los ejércitos de la época “entre 1917 y 1919, fueron diagnosticados 383.706 soldados con sífilis, gonorrea o chancroide”²⁰. Con este problema, se utilizaron muchos métodos poco efectivos antes de del descubrimiento e introducción de la penicilina en 1943, con este tratamiento se logró disminuir significativamente los casos de sífilis a nivel mundial y en la década de los noventa indirectamente con las campañas de prevención para VIH.

Desde entonces, el condón se convirtió en el método de protección y prevención más seguro, “con una eficacia hasta de 95% para prevenir I.T.S”²¹, fomentándose su uso a nivel mundial. Para la fecha actual; los tratamientos paliativos y las estrategias de preventivas continúa avanzando; con el deseo de minimizar las tasas de incidencia y prevalencia de casos de Sífilis, sin embargo, aún permanecen altos índices que muestran una situación grave, principalmente en Latino América, siendo este un tema de interés social para la salud a nivel mundial.

¹⁹ POTTS, Malcom, SHORT, Roger. Ibip., p. 275

²⁰ POTTS, Malcom, SHORT, Roger. Ibip., p. 275.

²¹ GAYÓN, Eduardo. Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual. En: ReserchGate [en línea]. No. 2 (2008) <
<https://www.researchgate.net/publication/240627871>> [citado en 14 de febrero 2018]

El nombre popular de la enfermedad Sífilis, se debe a una poesía escrita por el médico italiano Girolamo Fracastorius, quien relata en su historia, el castigo de padecer con la enfermedad al pastor Syphilus, por su vida inmoral y mundana. Cabe mencionar algunos personajes importantes de la historia, los cuales padecieron la enfermedad: Napoleón Bonaparte, Vincent van Gogh, Oscar Wilde, Adolf Hitler, entre otros.

2.4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

La sífilis, por ser una de las I.T.S con mayor trascendencia a nivel mundial, han sido muchos los estudios realizados alrededor de ella, describiendo generalmente; el desarrollo, diagnóstico, tratamiento, variables y comportamiento epidemiológico de dicha enfermedad.

Para el periodo 2008 – 2009 Noreña²², en su trabajo llamado Análisis del comportamiento sociodemográfico y epidemiológico de la sífilis congénita en Colombia 2008-2009 el cual fue un estudio de tipo descriptivo retrospectivo, con información suministrada por el sistema de vigilancia epidemiológica (SIVIGILA), obtuvo los siguientes resultados, “Se calcula una incidencia en 2008 de 2.5 y en el año siguiente 2.1 casos por 1000 nacidos vivos. De los casos notificados el 98.2% y 97.4% respectivamente nacieron vivos, el 71.6% y 73.0% recibieron tratamiento completo y se evidencia que el 66.2% y 65.1% de las madres de niños notificados como casos de sífilis congénita asistieron al control prenatal.”

De igual manera, en el año 2010; Galeano²³ realizó un estudio parecido al mencionado previamente, esta vez referente, a la prevalencia de sífilis gestacional

²² NOREÑA, Soraya. Análisis del comportamiento sociodemográfico y epidemiológico de la sífilis congénita en Colombia 2008-2009. En: Universidad del Rosario [base de datos en línea]. Bogotá. (2011). [citado en 12 de marzo 2018]

²³ GALEANO, Claudia. Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia, 2010. En: Revista colombiana de obstetricia y ginecología [en línea]. No. 4 (2012) < http://evirtual.lasalle.edu.co/info_basica/nuevos/guia/GuiaClaseNo.3.pdf > [citado en 12 de marzo 2018]. ISSN 2464-0225

e incidencia de sífilis congénita en Cali, Colombia. El estudio fue de tipo trasversal descriptivo, donde se tomó como muestra a las embarazadas que tuvieron control prenatal y asistieron para la atención de parto en Cali, y cuyo resultado materno y perinatal se conoció. Los resultados indican una prevalencia de sífilis gestacional de 1,4%, e incidencia de sífilis congénita para la ciudad de Cali de 2,5 por 1000 nacidos vivos en el año 2010

En el año 2015 Amador²⁴ en su publicación “Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia” también define el comportamiento de la enfermedad en el departamento, y obteniendo como resultados que el grupo etario más afectado es de 15 a 35 años, con predominio de 24 años, 41% de las maternas tuvieron resultados de la prueba serológica en el I trimestre de embarazo, 14% de las maternas reporta haber padecido previamente sífilis, 97% iniciaron tratamiento con Penicilina Benzatina, 69% de los contactos sexuales no se diagnosticaron, ni trataron; cada año entre 3 y 5 de cada seis casos son incidentes mostrando el aumento de la sífilis gestacional, con una tasa de 0,87 por cada mil nacidos vivos

Estos estudios, coinciden en que las tasas prevalencia e incidencia de sífilis gestacional y congénita en el país; son mayores a los resultados esperados por organizaciones como la Organización mundial de la salud, organización panamericana de la salud y el fondo de las naciones unidas para la infancia.

Entonces debemos decir que existen diferentes factores contribuyentes a estos índices, como lo describe Gallego²⁵ en su artículo “Reconociendo el problema de la sífilis en las gestantes” donde menciona algunos factores asociados a la persistencia de la sífilis congénita, tales como; Ineficacia del programa de control

²⁴ AMADOR, Concepción; HANNA, Mónica; VILLADIEGO, Marilyn. Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia, 2015. En: Revista Cuidarte [En línea]. N. 1 (2017). <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/350>> [citado en 13 de marzo 2018]. ISSN 2216-0973.

²⁵ GALLEGOS, Liliana. Reconociendo el problema de la sífilis en las gestantes. (2008). [en línea] <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/literatura_interes/sifilis-gestacional.pdf> [citado en 13 de marzo 2018]

prenatal para captación temprana de gestantes o para inducir la demanda, desconocimiento del personal de salud de los protocolos de atención de sífilis gestacional y congénita en cuanto al diagnóstico, tratamiento y seguimiento, fallas en la captación de los compañeros sexuales y/o el tratamiento de estos, falta de actividades de promoción y prevención de infecciones de transmisión sexual y deficiencias en el funcionamiento de los programas de primer nivel de promoción y prevención

2.5 NORMOGRAMA

TIPO DE NORMATIVA	DESCRIPCIÓN
Ley 100 de 1993	Establecimiento del sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) para la población colombiana. ²⁶
Resolución 412 del 2000	Establecimiento de normas técnicas y guías de atención para las enfermedades de interés en salud pública. ²⁷
Decreto 3518 de 2006	Reglamentación para el sistema de vigilancia epidemiológica. ²⁸
Ley 1098 de 2006	Código de infancia y adolescencia: Art. 20. Prevención de contagio de enfermedades infecciosas prevenibles

²⁶ CONGRESO DE REPÚBLICA COLOMBIANA. Ley 100 de 1993: Sistema de seguridad social integral en salud. Bogotá: Avance Jurídico (1993). ISSN 1657-6241

²⁷ MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 412 de 2000. Bogotá (2000)

²⁸ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto número 3518 de 2006. Bogotá (2006)

	durante la gestación o después de nacer. ²⁹
Decreto 2323 de 2006	Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones. ³⁰
Ley 1220 de 2008	Por la cual se aumentan penas para los delitos contra la Salud Pública. ³¹
Resolución 2338 de 2013	Establecimiento de directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual (I.T.S) y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras I.T.S. ³²

2.6 MARCO CONCEPTUAL

Para el desarrollo de la presente investigación, se hace necesario describir conceptos básicos que brindan fundamentos teóricos y científicos, a través de los cuales se logra concebir una idea general y clara para el estudio de esta temática.

Inicialmente se debe tener en cuenta el concepto de epidemiología, esta es la ciencia que se encarga de estudiar de la distribución y los determinantes de estados o eventos (en particular de enfermedades) relacionados con la salud y la

²⁹ CONGRESO DE LA REPUBLICA COLOMBIANA. LEY 1098 DE 2006: Código de la Infancia y la Adolescencia: Artículo 20. Bogotá: Avance Jurídico (2006). ISBN 978-958-98873-3-2

³⁰ PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto 2323 de 2006. Bogotá (2006)

³¹ CONGRESO DE LA REPUBLICA COLOMBIANA. LEY 1220 DE 2008. Bogotá (2008)

³² MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución número 00002338 de 2013. Bogotá (2013)

aplicación de esos estudios al control de enfermedades y otros problemas de salud. Hay diversos métodos para llevar a cabo investigaciones epidemiológicas: la vigilancia y los estudios descriptivos se pueden utilizar para analizar la distribución, y los estudios analíticos permiten analizar los factores determinantes.

³³ A través de los análisis epidemiológicos se logra el procesamiento, análisis e interpretación de la información sistemática resultan en acción en los niveles locales, provinciales o nacionales. Los datos de la vigilancia epidemiológica pueden usarse para identificar epidemias, sugerir hipótesis de vías de transmisión y agente causal, caracterizar la tendencia de la enfermedad, evaluar un programa, detectar enfermedades emergentes, entre otros³⁴.

Mediante el cálculo numérico de la incidencia la cual se define como el número de casos de enfermedad que comienzan o de personas que se enferman durante un período dado en una población determinada. Número de nuevos casos de una enfermedad³⁵ y de la prevalencia que es el número de casos existentes, en una población en un momento determinado, sin distinguir si son casos nuevos o antiguos, se logra obtener un dato numérico con el cual se genera una idea acerca de la situación en salud de una determinada población como también el diseño de intervenciones que contribuyan a mitigar los impactos negativos que se pudieran obtener.

Las infecciones de transmisión sexual (I.T.S) se han constituido desde tiempos muy antiguos como un grave problema en salud pública a nivel mundial. Son un conjunto de infecciones que se pueden expresar clínicamente con distinta sintomatología, que tienen diferentes agentes etiológicos y que las reúne el hecho epidemiológico de adquirirse por vía sexual, sin ser esta la única vía de

³³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Epidemiología [en línea]. < <http://www.who.int/topics/epidemiology/es/> > [citado en 20 de marzo 2018]

³⁴ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. No. 2. (2002). 49 p. ISBN 92 75 32407 7

³⁵ GOB.MX. Anuario de Morbilidad 1984 -2016 [en línea]. < <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html> > [citado en 20 de marzo 2018]

transmisión. Las I.T.S involucran principalmente la esfera genital, existiendo la posibilidad para algunos de los agentes participantes, de generar infecciones diseminadas lesionando numeroso órganos.³⁶ Dentro de las infección de transmisión sexual más comunes se encuentra la sífilis; una enfermedad infecciosa exclusiva del humano de transmisión sexual, sanguínea, y perinatal causada por la espiroqueta *Treponema pallidum* y que se desarrolla en etapas agudas asintomáticas o sintomáticas hasta infecciones crónicas causantes de graves secuelas y discapacidades si no es detectada y tratada adecuadamente³⁷. Esta enfermedad afecta principalmente a la población materna y neonatal.

La sífilis gestacional aquella que se diagnostica en toda mujer embarazada, púérpera o con aborto reciente con úlcera genital o lesiones compatibles con sífilis secundaria y prueba treponémica (incluidas pruebas ya sea treponémicas rápidas) o no treponémica positiva o reactiva, que no ha recibido tratamiento adecuado (antes de la 20a semana de gestación y como mínimo 30 días antes del parto) durante la presente gestación.³⁸ Mientras que la sífilis congénita se da como resultado de la transmisión de la infección por vía perinatal al fruto de la gestación, que puede ocurrir in útero por paso transplacentario o durante el paso a través del canal del parto, y que le es transmitida verticalmente por su madre infectada y quien no ha sido tratada adecuadamente.³⁹

³⁶ ANZALONE, L. Infecciones de transmisión sexual. En: Universidad de la republica facultad de medicina [en línea]. No. 2. (2008) <<http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infeccionestrasmitedassexualmente.pdf>> [citado en 20 de marzo 2018]

³⁷ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit.

³⁸ DÍAZ, Luz. Sífilis gestacional: un problema de salud pública. En: Scielo [base de datos en línea]. Vol. 59, no. 3 (jul – sep. 2011). [citado en 20 de marzo 2018]. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112011000300001&script=sci_arttext&tlng=es>

³⁹ MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Op. cit.

3. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de esta investigación, se utilizó una metodología de naturaleza cuantitativa, en la cual se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente, y confía en la medición numérica, el conteo y frecuentemente el uso de estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento en una población.

Según Angulo⁴⁰, consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio.

3.1. TIPO DE ESTUDIO:

El presente es un estudio epidemiológico descriptivo, retrospectivo, con enfoque cuantitativo.

3.2. ESCENARIO DE ESTUDIO:

Desarrollado en una E.P.S en el departamento de Córdoba, la cual mantiene contratos con diferentes I.P.S y E.S.E. para la atención de usuarios subsidiados y contributivos a nivel departamental.

3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:

La población en estudio, son los usuarios de una E.P.S, reportados como casos nuevos positivos para Sífilis gestacional o congénita.

Muestra poblacional, casos reportados de Sífilis gestacional y congénita en el periodo 2015-2017. El muestreo es no probabilístico por conveniencia, dado que se escogen específicamente los casos que se presentaron durante el periodo 2015 – 2017, suministrados a través de bases de datos de la E.P.S sobre la cual se realiza el estudio.

⁴⁰ ANGULO, Eleazar. Metodología cuantitativa. En línea: [http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/eal/metodologia_cuantitativa.html] [citado en 04 de marzo 2018]

3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS:

Registros de pacientes reportados con Sífilis gestacional y congénita en una E.P.S del departamento de Córdoba.

3.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Los datos serán recolectados a través de la solicitud, manejo y filtración de las bases de datos con que cuenta la E.P.S, de acuerdo al reporte de Sífilis gestacional y congénita en el SIVIGILA.

3.6. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN:

El procesamiento de datos será realizado a través del programa Excel; versión 2013, dichos datos serán analizados y representados gráficamente en orden secuencial de acuerdo a los objetivos específicos planteados y la herramienta utilizada para la filtración de los mismos.

3.7. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES:

Para la presenta investigación se tienen en cuenta diferentes aspectos éticos y legales. Según la Resolución 008430 de 1993 del Consejo Nacional de Salud de Colombia⁴¹, en esta no se evidencia riesgo para la privacidad y confidencialidad de los pacientes, pues no se tuvieron en cuenta sus datos de identificación personal. Para el suministro de la información de interés, se realizó solicitud y aprobación escrita a la empresa donde se desarrolló el estudio.

Todos los estudios relacionados, tomados como referente o descritos durante el desarrollo de esta investigación, fueron citados y referenciados respectivamente según las normas establecidas por Instituto colombiano de normas técnicas.

Este trabajo está adscrito a un semillero de investigación, por lo que se reservan los derechos de autor.

⁴¹ República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993, octubre 4, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 Caracterizar a la población objeto de estudio de acuerdo con las variables sociodemográficas establecidas en el estudio.

El departamento de Córdoba, según el DANE⁴², cuenta con una población aproximada de 1.709.644 habitantes, siendo el 50.12% población masculina y el 49.98% población femenina, los municipios mayormente poblados son; Montería, Loricá, Tierralta, Cereté y Sahagún⁴³. La población cordobesa, principalmente pertenecen a estratos socioeconómicos 0,1 y 2, y no cuentan con un empleo formal que contribuya al factor económico del régimen contributivo, razón por la cual aproximadamente, el 48.93%, 3.90% y 12.04% de la población en el departamento; pertenece al régimen subsidiado, vinculado y a ningún régimen respectivamente⁴⁴.

Para el desarrollo de esta investigación se tomó como muestra, a los usuarios de una E.P.S. con amplia red de cobertura a nivel departamental, teniendo en cuenta las variables descritas en la siguiente tabla.

Tabla 1. Descripción de variables poblacionales

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Régimen	El 100% de la población seleccionada, pertenece al régimen de seguridad social subsidiado.

⁴² DANE. Información departamental. Córdoba Colombia 2015. [en línea] < <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/C%C3%B3rdoba%2015.pdf> > [citado en 18 de abril 2018]

⁴³ DANE. Pirámide de población total según sexo y grupos quinquenales de edad. [en línea] < Pirámide de población total según sexo y grupos quinquenales de edad > [citado en 18 de abril 2018]

⁴⁴ TRANSFORMEMOS. Impacto del uso de las mediaciones didácticas interactivas en Córdoba. Características sociales del departamento de Córdoba. Bogotá. 2014. [en línea] < <http://www.transformemos.com/investigaciones.html> > [citado en 18 de abril 2018]

Grupo étnico	El 98.46% de la población estudiada, describe pertenecer a (Otro) según clasificación étnica, mientras que; el 1.54% corresponde al grupo (Gitano, ROM).
Edad	Las edades de la población en estudio, oscilan entre; 13 a 42 años (mujeres en edad fértil), y de 1 a 20 días (neonatos).
Localización geográfica	El departamento de Córdoba, cuenta con 30 municipios, de los cuales en 16 se reportaron casos de sífilis congénita y gestacional.
Sexo	Sífilis congénita, el 59.37% corresponde al sexo femenino y el 40.67% al masculino.

Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

4.2 Identificar la población mayormente afectada según edad, sexo y localización geográfica.

Para los estudios de interés en salud pública, es importante identificar las variables más relevantes según el evento de interés. Para el presente estudio se ha descrito las siguientes tres variables, en los diferentes periodos; teniendo en cuenta que mediante estas es posible hacer una descripción particular del comportamiento epidemiológico.

4.2.1 Población mayormente afectada según la edad.

Para esta descripción, se ha tenido en cuenta; el número de casos totales por enfermedad, dividiéndolos en grupos por edad. Para el caso de sífilis gestacional, se obtuvieron cinco grupos, divididos en sexenios; desde los 13 años; siguiendo el rango de edad hasta los 42 años.

Para el caso de sífilis congénita, se obtuvieron cuatro grupos, esta vez en quinquedios, teniendo en cuenta que los casos reportados se detectaron entre los días 1 y 20 posteriores al nacimiento.

Tabla 2. Población mayormente afectada según la edad de mujeres con sífilis gestacional

Periodo	2015		2016		2017	
Edad (Años)	Datos / Porcentaje					
13– 18	2	18.1%	11	28.9%	16	32.6%
19 – 24	5	45.4%	10	26.3%	13	26.5%
25 – 30	2	18.1%	11	28.9%	15	30.6%
31 – 36	1	9.09%	5	13.1%	4	8.2%
37 – 42	1	9.09%	1	2.63%	1	2.04%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

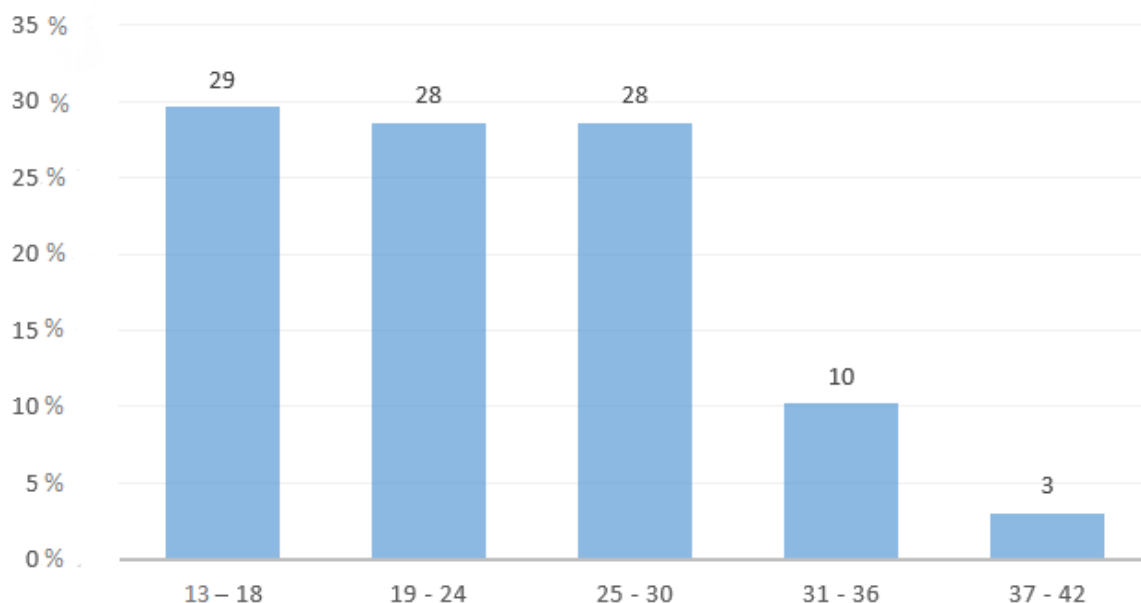
En la tabla se observa, el número de casos con su respectivo porcentaje por cada año, teniendo en cuenta la clasificación por grupo etario. Durante el primer año la población mayormente afectada se ubicó entre las edades 19 y 24 años, correspondiendo al 45.4%, casi la mitad de los casos reportados para este evento en el departamento. En 2016 la notificación aumento significativamente, esta vez 2 grupos etáreos obtuvieron el mismo número de casos, de los 13 a los 18 años y de los 25 a los 30 años, siendo estos los mayores porcentajes de notificación,

entonces; podríamos decir que la población mayormente afectada para este año fue la ubicada entre los 13 y 18 años de edad.

En el último año, nuevamente las mujeres que reportan más casos de sífilis gestacional se encuentran entre los 13 y 18 años; con un 32.6%, sin dejar de lado que aún prevalece un porcentaje cercano en el grupo de 25 a 30 años. Finalmente, en todos los periodos de estudio la población menormente afectada fueron las mujeres entre los 37 y 42 años de edad. Los resultados obtenidos por Amador⁴⁵, en el año 2015, en el departamento de Córdoba, indican efectivamente; que la población más susceptible a contraer esta enfermedad se encuentra en grupos etarios desde los 15 años hasta los 35 años, cabe mencionar que este estudio utilizó rangos de edad mayores. Sin embargo, los resultados coinciden en que las poblaciones mayores, son menos vulnerables para la sífilis gestacional, debido a diferentes factores, como, por ejemplo, que se mantienen relaciones de pareja más estables, asistencia a los controles prenatales oportunamente, etc.

⁴⁵ AMADOR, Concepción. Op. Cit.

Figura 1. Porcentaje total de acuerdo a las edades de mujeres con sífilis gestacional en el periodo de estudio



Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

La figura 1. Describe; el número total de casos por edades en relación al tiempo total. Esta es una afirmación para el anterior análisis, donde claramente vemos los grupos mayormente afectados, siendo preocupante que las mujeres adolescentes son quienes más se contagian de la enfermedad. Es posible que la principal causa de dichos porcentajes se deba a que el mayor número de embarazos según el ciclo de vida y las variables socioculturales, se da en las poblaciones entre los 14 y 30 años de edad, otro factor contribuyente, es la falta de educación en las primigestantes, teniendo en cuenta su corta edad y sus posibles carencias educativas y económicas, adicionalmente esta población, es mucho más activa sexualmente y son comunes los cambios de parejas en ambos sexos.

Según el DANE⁴⁶, en Colombia; el 20,5 % de las mujeres con hijos, los tuvieron entre los 15 y los 19 años de edad, el 29 % está entre los 20 y 24 años, el 23,1 % entre los 25 y 29 años, el 16,3 % entre los 30 y 34 años, el 8,2 % entre los 35 a 39 años y el 2 % entre los 40 a 44 años de edad. Cifras que se relacionan con las descritas anteriormente, siendo evidente el mayor riesgo para las mujeres entre los 15 y 29 años de edad.

Teniendo en cuenta un gran grupo de factores de riesgo sobre una población vulnerable, no intervenida, es probable que se obtengan como resultado las cifras ya mencionadas. Caso contrario en las mujeres con edades de 30 años y más, donde la vida sexual, de pareja, laboral, emocional y los posibles partos anteriores, han permitido la concientización de la madre con respecto al embarazo, mitigando todos los factores de riesgo a los que están expuestos las poblaciones de menor edad.

Tabla 3. Sífilis congénita: edad (días) de neonatos por cada periodo

Periodo	2015		2016		2017	
Edad (días)	Datos/porcentaje					
1 – 5	0	0%	6	50%	9	64.2%
6 – 10	3	50%	6	50%	2	14.2%
11 – 15	2	33.3%	0	0%	1	7.14%
16 - 20	1	16.6%	0	0%	2	14.8%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

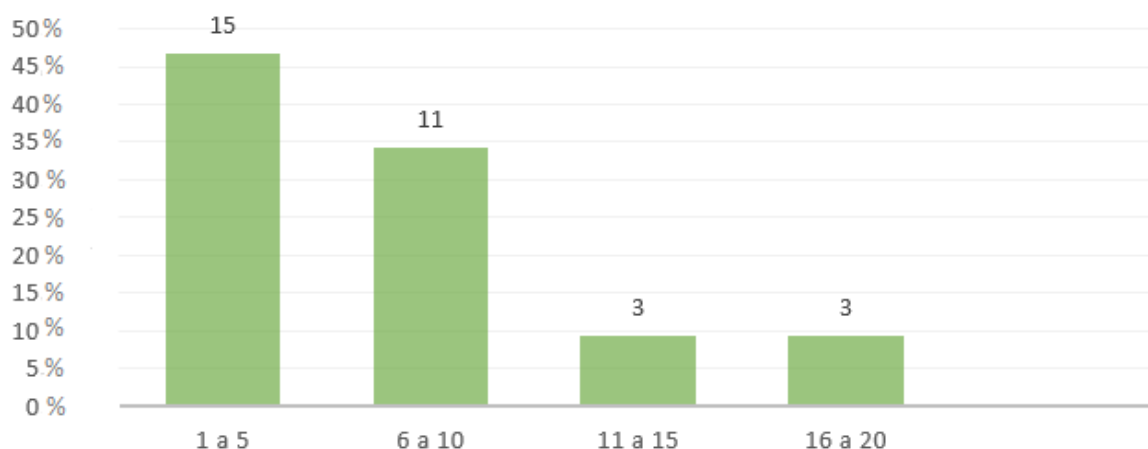
Según la tabla anterior todos los casos de sífilis congénita, fueron identificados entre el primer y el vigésimo día de nacido, en todos los periodos el mayor porcentaje de notificación; siempre se ha establecido en los primeros 10 días,

⁴⁶ DANE. Op. cit.

sin embargo 2016 fue el periodo con mayor oportunidad en la identificación y confirmación de casos, reportando 12 casos, equivalentes al 100% durante los 10 primeros días de vida de los neonatos, a diferencia de los otros 2 periodos.

Teniendo en cuenta la descripción de variables establecidas por el SIVIGILA⁴⁷, la mayoría de los casos fueron confirmados por nexo epidemiológico y en porcentajes menores; confirmados por clínica y laboratorio. Entonces según la definición de casos por nexo epidemiológico, podemos decir que la mayoría de gestantes no fueron tratadas o recibieron tratamiento inadecuado durante su gestación, lo cual esta enlazado directamente; con el número de controles prenatales o la inasistencia a los mismos por parte de las maternas.

Figura 2. Porcentaje total de acuerdo a las edades de neonatos con sífilis congénita en el periodo de estudio



Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

La grafica evidencia, la totalidad de casos de sífilis congénita durante los 3 años en estudio. Casi la mitad de la población fue detectada en los primeros 5 días de vida y el resto del porcentaje total, hasta los primeros 20 días, lo que puede indicar; que se ha brindado seguimiento a la madre durante su último periodo de

⁴⁷ DANE. Archivo nacional de datos. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica en salud pública. Bogotá. 2017. [en línea] < https://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/441/datafile/F2 > [citado en 14 de mayo 2018]

gestación y al binomio madre-hijo en el posparto. Estas cifras pueden ser comparadas con las del Instituto nacional de salud⁴⁸, para el año 2017, donde muestran que el 67% de los casos de sífilis congénita, fueron detectados inmediatamente al momento del parto y solo el 1%, durante el puerperio. Entonces nuestras cifras indican identificación tardía de los casos de sífilis congénita.

4.2.2 Población mayormente afectada según el sexo

Para la descripción de esta variable, solo se tiene en cuenta Sífilis congénita, agrupando los datos por cada año representados en la tabla y posteriormente, durante todo el periodo en estudio, representado en la figura 3.

Tabla 4. Población mayormente afectada con sífilis congénita, según el sexo

Periodo	2015		2016		2017		Porcentajes totales
Sexo	Datos/porcentaje						
Masculino	4	66.6%	5	41.66%	4	28.57%	40.63%
femenino	2	33.3%	7	58.33%	10	71.42%	59.37%
total	6	18.75%	12	37.5	14	43.75%	100%

Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

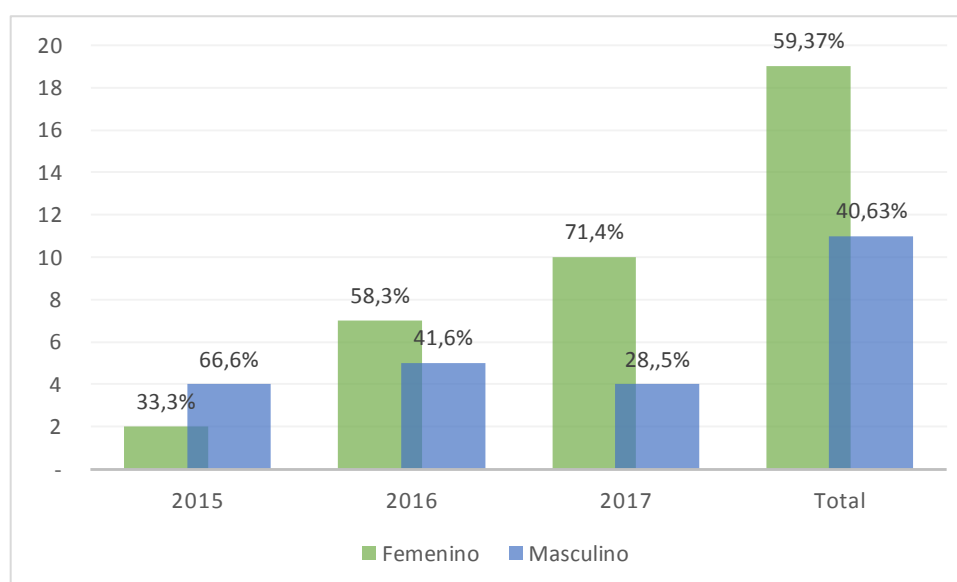
En la tabla, se muestra el mayor porcentaje descrito, durante en el último año, correspondiendo al 71.42% de población femenina, también se debe tener en cuenta que, durante la totalidad del tiempo en estudio, este periodo fue el que más casos de sífilis congénita reportó.

En cuanto a la distribución por sexo de la sífilis congénita, no se encuentran reportes a cerca de la patogenia de la enfermedad en relación al sexo fetal, solo podemos decir que “El riesgo global de infección transplacentario del feto es de alrededor del 60-80%, y la probabilidad aumenta durante la segunda mitad del embarazo. Por lo general, se transmite la sífilis materna primaria o secundaria

⁴⁸ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe nacional. Sífilis gestacional y congénita. Bogotá. 2017. [en línea]
<http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Capacitacin%20Sifilis%202017/Sifilis_Gestacional_y_Sifilis_Congenita_Bta.pdf> [citado en 20 de mayo 2018]

no tratada, pero la sífilis latente o terciaria solo se transmite en un 20% de los casos”⁴⁹. Sin embargo, para caso de sífilis en general, se ha determinado en un estudio realizado por el Centro de control y prevención de infecciones⁵⁰, que los hombres son más propensos a contraer sífilis, aumentado el riesgo; la condición sexual de bisexualidad, lo que conlleva a una mayor fuente para la propagación de la enfermedad en mujeres.

Figura 3. Distribución de la sífilis congénita, según el sexo



Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

Durante el periodo en estudio que corresponde a los 3 años consecutivos 2015, 2016 y 2017 se registraron un total de 32 casos de sífilis congénita en varios municipios del departamento de Córdoba, en donde la población por sexo que resulto mayormente afectada fue la femenina en un 59,37% para un total de 19 casos detectados.

⁴⁹ CASERTA, Mary. Sífilis congénita. En: Manual MSD. [en línea] < https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADfilis-cong%C3%A9nita#v1091604_es > [citado en 19 de mayo 2018]

⁵⁰ BOWEN, Virginia. Incremento en la incidencia de sífilis congénita en Estados Unidos 2012 – 2014. En: Centro de control y prevención de infecciones. Atlanta. 2015. [en línea] < <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm> > [citado en 19 de mayo 2018]

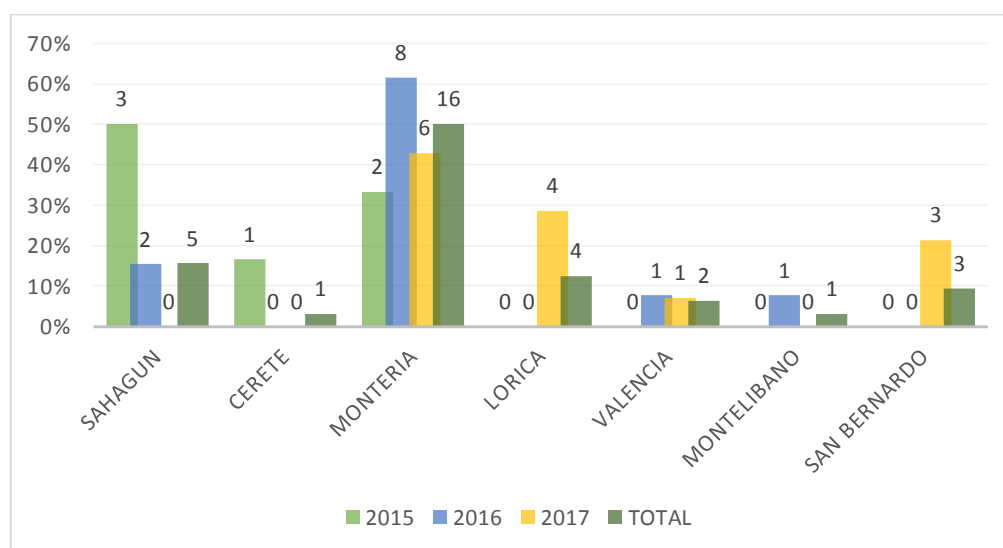
4.2.3 Población mayormente afectada según localización geográfica

Para el análisis de la siguiente información, se han tomado los dos eventos de manera independiente, graficando cada periodo por municipio en un mismo esquema, el cual permite ver la variación de casos, según la localidad.

Para el caso de sífilis gestacional, se evidencian dos gráficos, para facilitar su interpretación, debido a la cantidad de datos descritos.

La descripción de esta variable, es muy importante para entender el comportamiento de la enfermedad en las diferentes regiones departamentales. Teniendo en cuenta que según estadísticas nacionales⁵¹, Córdoba tiene una incidencia de sífilis congénita de 0.20 por cada 1000 nacidos vivos, cifra que se encuentra por debajo de la media nacional (0.24), pero aun no deja de ser un alto porcentaje, en comparación de otros departamentos con mayor número de habitantes.

Figura 4. Distribución geográfica de la sífilis congénita en el departamento de Córdoba.

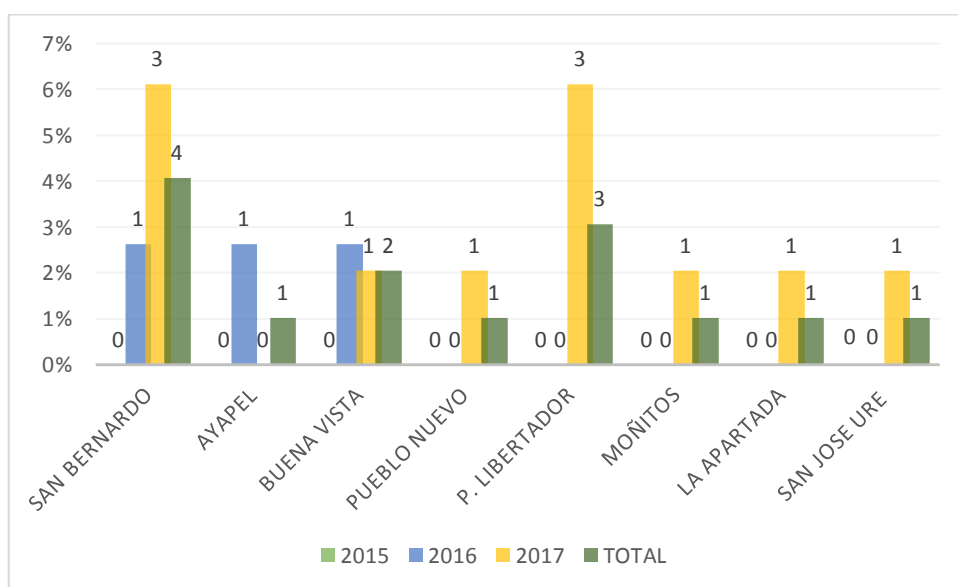


Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

⁵¹ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Op. Cit.

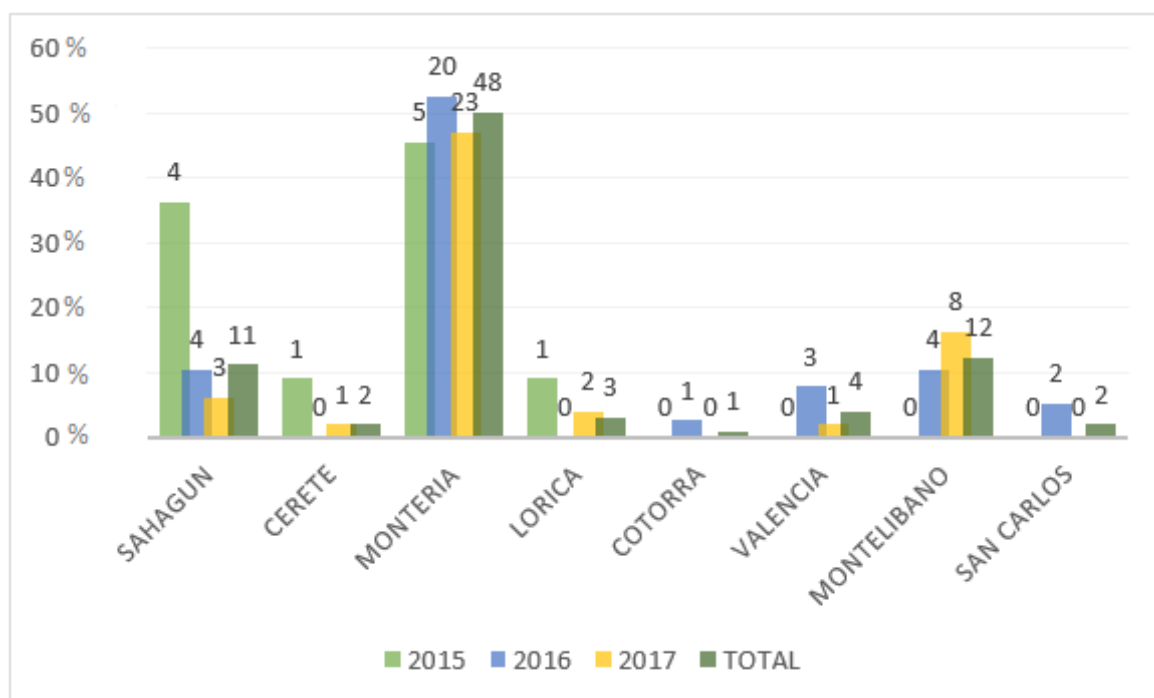
Con el transcurrir de los años, no solo han aumentado los casos de sífilis congénita, sino que también su distribución geográfica ha sido más amplia. Para algunos municipios; pasando del reporte de 0 casos; hasta llegar a 4 casos en el último año, como sucedió con el municipio de Lórica y San Bernardo del Viento, por otro lado; Sahagún, disminuyó progresivamente el número de casos, hasta llegar a 0 en 2017. Durante todos los años en estudio, Montería fue el municipio que más notificó casos de sífilis congénita, llegando a tener más del 60% de los casos del departamento en el año 2016, esto se debe a que, por ser ciudad capital, el número de habitantes y migrantes es mayor, lo que es directamente proporcional al número de nacidos vivos por año. Por ende, en este municipio se ve reflejado el mayor número de casos para cada evento.

Figura 5. Distribución geográfica de la sífilis gestacional en el departamento de Córdoba.



Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

Figura 6. Distribución geográfica de la sífilis gestacional en el departamento de Córdoba. (Continuación)



Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

Según las gráficas, de 30 municipios pertenecientes al departamento de Córdoba, en 16 se han presentado casos de sífilis gestacional, por lo menos en uno de los tres años en estudio, prevaleciendo una tendencia mayor hacia los dos últimos años.

La situación departamental, evidencia diferencias marcadas para algunos municipios, mientras que para otros la situación es bastante similar. En Montería se presenta el mayor número de casos, lo que es razonable, con respecto a la población atendida, sin embargo los porcentajes de casos superan por mucho a los demás municipios, obteniendo como resultados; entre el 45.45% y 52.63% de casos, solo en la ciudad capital, estas cifras evidencian una situación alarmante, pues el departamento, cuenta con más de

un millón de habitantes y la población monteriana, solo representa alrededor del 25.81% del total poblacional departamental⁵².

Seguidamente, Montelíbano y Sahagún, son los municipios con mayor número de casos, pero con una diferencia particular. En Montelíbano, la identificación de casos creció con el tiempo, dicho evento puede deberse a la gran afluencia de personas de otros lugares al municipio por su actividad económica, la cual también contribuye al crecimiento de la población. Su ubicación geográfica puede ser otro factor asociado a las cifras mencionadas pues Chocó y Antioquia, según Instituto nacional de salud⁵³, son departamentos con altos índices de sífilis, superando por mucho la media nacional. Esta situación no solo se refleja en Montelíbano, sino también a nivel departamental, especialmente en la zona capital y del alto Sinú.

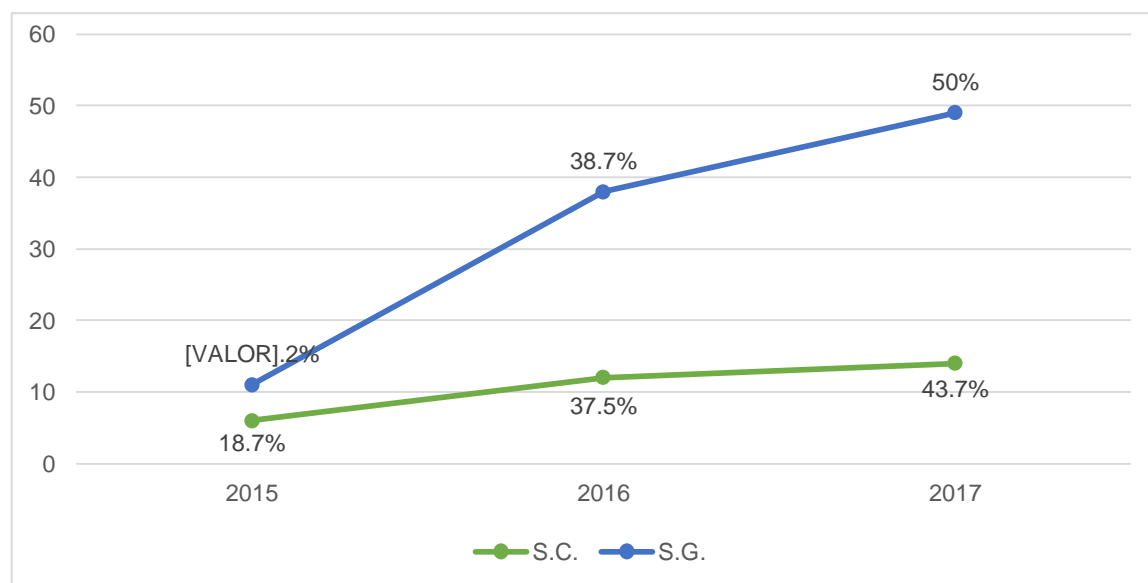
En cambio, para Sahagún, los casos descendieron en un 25%. Llama mucho la atención que el municipio de Valencia con una población bastante reducida, reporte mayor número de casos que Lorica, pues este último; cuenta con casi tres veces más número de habitantes que Valencia. De igual manera el ascenso de casos ha sido marcado para municipios como San Bernardo del viento y Puerto Libertador, los cuales al igual que Valencia, cuentan con poblaciones menores en relación a otras comunidades. Situaciones similares se describen gráficamente para los demás municipios.

⁵² DANE. Op. Cit.

⁵³ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Op. Cit.

4.3. Analizar el comportamiento en los casos de sífilis gestacional y congénita durante el periodo de tiempo seleccionado.

Figura 7. Comportamiento epidemiológico de la sífilis gestacional y congénita 2015-2017



Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

El periodo a analizar, corresponde a tres años consecutivos, desde 2015 a 2017; cada uno de ellos con 52 semanas epidemiológicas. Durante el periodo, se reportaron en total 130 casos, de los cuales 98 corresponden a sífilis gestacional y 32 a sífilis congénita, para una relación de 0.6 y 0.2 casos por semana epidemiológica respectivamente.

Teniendo en cuenta, el número de casos de sífilis gestacional, en relación a los casos de sífilis congénita, podemos decir; que, en el departamento, durante este periodo de tiempo, el 32.6%, de casos de sífilis gestacional, no fueron identificados oportunamente o tratados de manera adecuada; evidencia que se refleja en el número total de casos reportados de sífilis congénita. Es importante tener en cuenta que dicho porcentaje, tiene un amplio margen de probabilidad; pues los casos reportados de sífilis congénita a comienzos de 2015, no se

relacionan con el reporte de sífilis gestacional del periodo en estudio. De igual manera, algunos de los casos de sífilis gestacional, pertenecientes a finales de 2017, no se vinculan con los reportes de sífilis congénita.

Los resultados mencionados anteriormente; se relacionan a los descritos por Noreña⁵⁴; para Colombia en 2008 y 2009, donde el 66.2% y 65.1% de las madres de niños notificados como casos de sífilis congénita asistieron al control prenatal. Lo que indica fallas en la identificación, seguimiento y adherencia al tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, no es posible ligar dichos resultados a la eficiencia del control prenatal, pues posiblemente; estas maternas no identificaron su embarazo o asistieron de manera correcta al control, como lo establece la Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo⁵⁵ y como lo indica el Instituto nacional de salud⁵⁶, en un informe para el año 2016, donde muestra, que la edad gestacional; con mayor porcentaje diagnóstico, es durante el tercer trimestre de la gestación. De 716 casos, el 89.2% fueron identificados en el periodo de gestación mencionado.

Aunque el porcentaje de casos de sífilis congénita fue elevado para el periodo en estudio. Según la información suministrada, no existe reporte de muerte neonatal o perinatal, siendo este el desenlace fatal de la enfermedad. En comparación al estudio realizado por Noreña⁵⁷ en el país, donde existe cierto porcentaje de nacidos fallecidos. Pudiendo ser este un aspecto positivo del seguimiento y tratamiento de la sífilis congénita en el departamento.

Por otro lado, la gráfica muestra la elevación del número de casos con el transcurrir del tiempo, al igual que en el informe suministrado por Instituto nacional de salud⁵⁸ en 2016 – 2017, siendo el aumento; la tendencia de los años en

⁵⁴ NOREÑA, Soraya. Op. Cit.

⁵⁵ MINISTERIO NACIONAL DE SALUD. Op. Cit. p. 13.

⁵⁶ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Op. Cit.

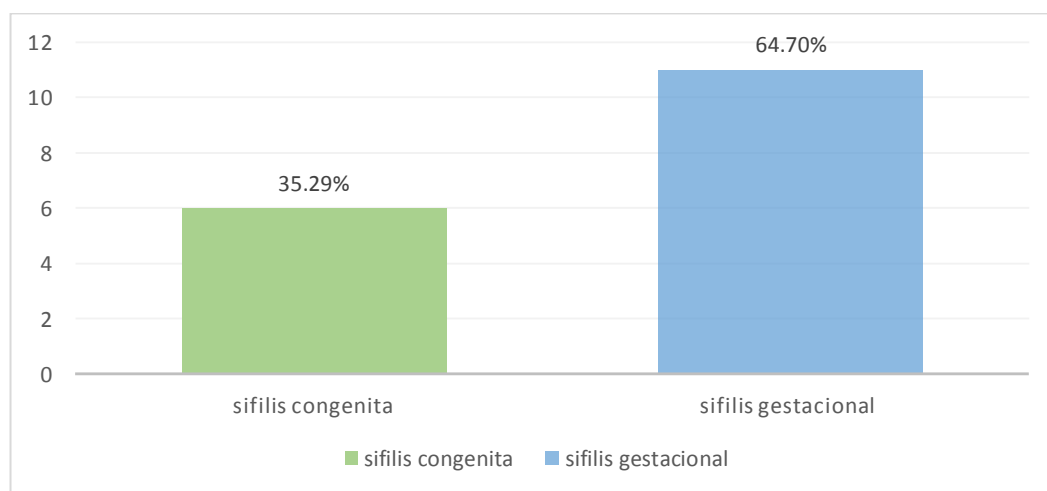
⁵⁷ NOREÑA, Soraya. Op. Cit.

⁵⁸ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Op. Cit.

estudio. Lo cual podría tener varias razones tales como; debilidad en los programas para la detección temprana del embarazo e I.T.S, falta de adherencia a la educación, a los tratamientos, o simplemente; sesgos en la notificación de casos para ambas enfermedades. Siendo el último punto, fundamental en el seguimiento y control de enfermedad. Al no ser realizado debidamente, como lo establece el SIVIGILA⁵⁹, en el archivo nacional de datos, descripción de variable y fichas de notificación, se obtienen estadísticas erradas; que no permiten evidenciar la magnitud del problema. Como lo muestra el Instituto nacional de salud⁶⁰, durante el año 2016, se identificaron 1733 notificaciones de sífilis congénita y gestacional con errores frecuentes. De igual manera, las estrategias implementadas, tampoco cumplirán un objetivo real para la situación de la enfermedad.

4.4. Comparar cada uno de los periodos epidemiológicos en estudio.

Figura 8. Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en 2015



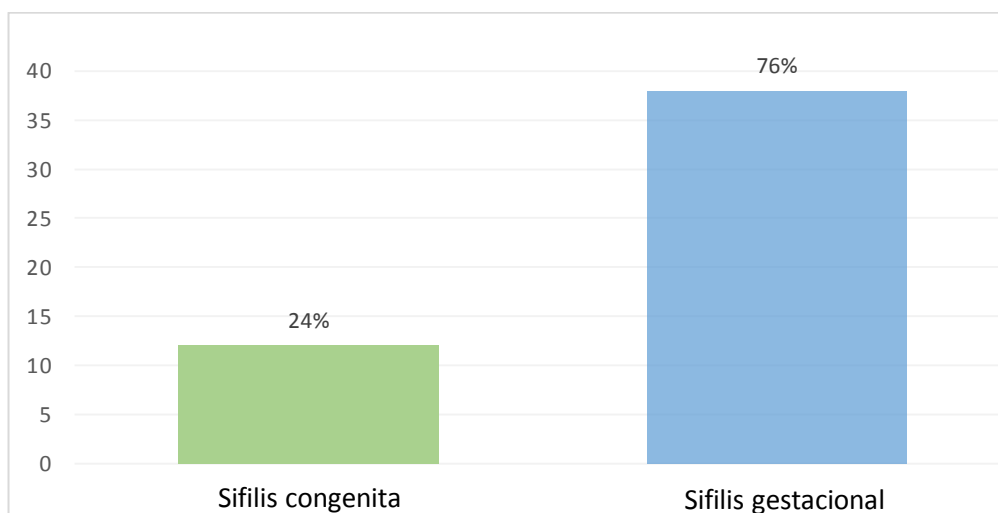
Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

⁵⁹ DANE. Op. Cit.

⁶⁰ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Op. Cit.

Para el año 2015, según los registros obtenidos se evidencian un total de 6 casos de sífilis congénita y 11 de sífilis gestacional, para un total de 17 casos en este periodo, lo que correspondería a un porcentaje de 35.29% y 64.7 % respectivamente de la población total en estudio. En cuanto a los casos de sífilis gestacional en este periodo, claramente se logra evidenciar que la población materna es la mayormente afectada por esta enfermedad, esta situación probablemente puede deberse a que existió un déficit en la atención dentro de los controles prenatales, falta o sesgos en los tamizajes y exámenes oportunos a las gestantes que permitan o faciliten el diagnóstico precoz de la enfermedad y por ende su tratamiento, e inclusive, la ausencia total, así como también la falta de educación a las gestantes entre otras.

Figura 9. Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en 2016

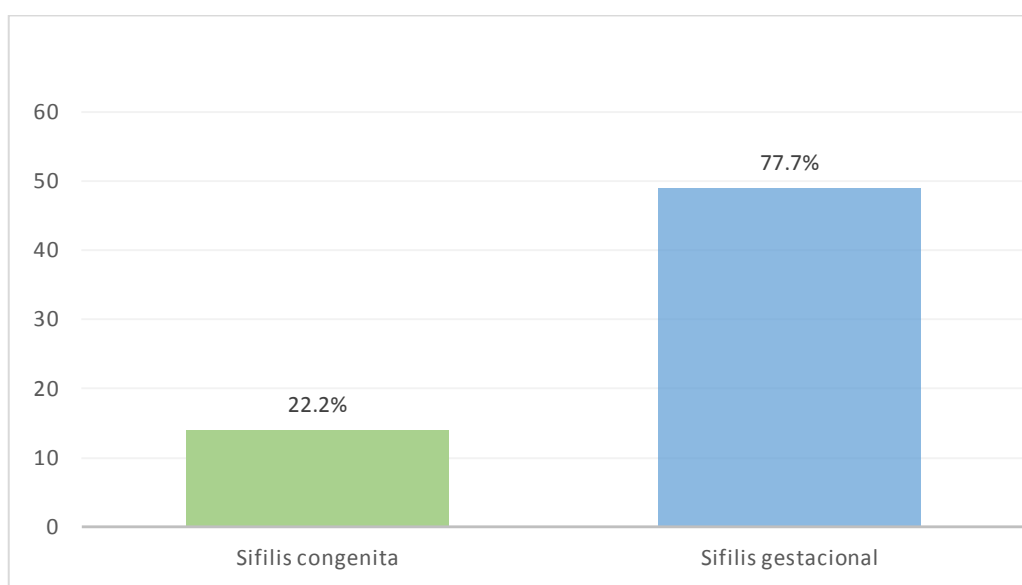


Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

Para este año, se registraron un total de 12 casos de sífilis congénita y 38 de sífilis gestacional para un total de 50 casos, datos que corresponden a un porcentaje de 24% y 76% respectivamente para la población en estudio. Estas cifras superan el total de casos del año anterior, probablemente se deba a diferentes factores intrínsecos de la E.P.S o de las Unidades prestadoras de servicios de salud; como ampliación de la cobertura,

fortalecimiento en los programas de atención primaria o mayor captación oportuna para la notificación de casos.

Figura 10. Comportamiento de la sífilis gestacional y congénita en 2017



Fuente: Elaboración propia. Base de datos 2015 - 2017. Suministrada por la E.P.S en estudio.

En este periodo se registraron 14 casos de sífilis congénita y 49 de sífilis gestacional. Para un total de 63 casos, lo que corresponde a un 22.2% y 77.7% respectivamente. Con respecto a los casos de sífilis gestacional, se puede evidenciar la alta tasa de maternas afectadas por esta enfermedad, siendo razones probablemente contribuyentes a ello, la falta de persistencia en los controles prenatales o en el peor de los casos, la ausencia a los mismos, falta de educación en cuanto a prevención y cuidados durante el embarazo, como también la accesibilidad que tenga la población a los programas de prevención y promoción.

De igual manera en el reporte del Instituto nacional de salud⁶¹, para el año 2017 en el país, las tendencias son semejantes a las evidenciadas en las figuras 8,9 y10, siendo estas siempre en aumento. Las razones de esta; son múltiples de acuerdo a los análisis descritos previamente; por esto es importante identificar los principales factores de riesgo que conllevan a esta tendencia.

4.5. Diseñar estrategias y herramientas a través de las cuales se eduque a la población gestante a cerca de prevención y tratamiento de la sífilis.

Según Dorothea Orem⁶² el ser humano es un organismo biológico, racional y pensante; tienen la capacidad de reflexionar sobre sí mismos y su entorno, capacidad para simbolizar lo que experimentan y usar creaciones simbólicas para pensar, comunicarse y guiar los esfuerzos para hacer cosas que son beneficiosas para sí mismos y para otros, define los cuidados de enfermería como el ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de ésta.

Es por esto, mediante la implementación de estrategias de educación y prevención frente a las conductas sexuales de riesgo, teniendo en cuenta las características sociodemográficas y el autocuidado como principal medida de mantenimiento para la salud, se logra en primera instancia sensibilizar acerca de las consecuencias negativas para la salud, que conllevan las prácticas sexuales sin ningún tipo de protección, resaltando lo anterior como el factor contribuyente más trascendental ante la aparición de este tipo de enfermedades; como la Sífilis, que no solo afectan la esfera física de los individuos, sino que también genera afectaciones de

⁶¹ INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, Op. Cit.

⁶² NAVARRO, Y. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. En: Scielo [base de datos]. N. 19. (2010). <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es> [citado en 26 enero de 2018]

tipo mental, siendo la población mayormente afectadas, las mujeres en etapa de gestación y los recién nacidos .

En un estudio realizado en Ecuador, por Cáceres⁶³, se muestra el desconocimiento del riesgo preconcepcional y otras variables socioculturales, que se asemejan a la situación actual de Colombia y Córdoba, con relación a la sífilis gestacional y congénita. Por ejemplo, describe en su estudio, que el 52% de las mujeres se encontraban entre los 25 y 34 años de edad, 50 % alcanzó el bachillerato; 50 % eran amas de casa, 72 % poseían nivel socioeconómico regular y por último el 76 % tenía desconocimiento a cerca de los factores riesgo preconcepcionales y conceptionales.

La falta de educación, es la raíz de todos los males que afectan al hombre, en el área de la salud, esta no es una excepción, por dichas razones, hemos creado una herramienta audiovisual, que muestra al espectador de manera rápida y sencilla, de qué manera se comporta la sífilis dentro de un organismo humano y cómo puede afectar la salud individual y de un producto gestacional. Si esta y otras estrategias preventivas, se hacen masivas, principalmente para las poblaciones vulnerables identificadas anteriormente, es posible reducir en gran porcentaje las cifras de sífilis, sífilis gestacional y sífilis congénita, no solo en la región, sino en el país y el mundo.

⁶³ CASERES, Adriana. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur vol.15 no.6. Cienfuegos. 2017. En: Scielo [base de datos] < http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2017000600009&script=sci_arttext&lng=pt > [citado en 24 de mayo 2018]

5. CONCLUSIONES

De acuerdo a los análisis realizados de la población y datos en estudio, se puede concluir que:

- La sífilis tanto gestacional como congénita, siguen siendo un grave problema de salud pública, que con el paso del tiempo ha ido en aumento, prueba de ello, las estadísticas que pueden ser evidencia de la falta de información, educación, seguimiento y control de los programas de prevención y promoción, como también de otras partes involucradas del sistema de salud.
- Según los reportes, la población gestante más afectada por esta enfermedad, son mujeres con rangos de edades entre los 14 y los 30 años, dato que resulta alarmante, puesto que la mayor parte de ellas son mujeres en su etapa de adolescencia, esto debido no solo a la falta de educación y a las condiciones sociales, demográficas y culturales, sino también a que esta población es la más activa sexualmente
- Con respecto a la sífilis congénita, en el periodo en estudio, en total se registraron 32 casos, la mayoría de ellos reportados dentro de los primeros 10 días de nacimiento, además de ello, se logra evidenciar según esto, que el diagnóstico precoz en las maternas y su debido tratamiento, no se está llevando a cabo según las normas vigentes, factor que influye directa y significativamente en la elevada tasa de población neonatal sifilítica.
- La ciudad de Montería, sigue siendo la más afectada de todo el departamento de Córdoba, con el índice de reportes de sífilis gestacional más altos, el cual en los últimos años ha ido en aumento, esto sin lugar a dudas es de suma preocupación puesto que esta ciudad es una de las más pobladas, y es en donde más se deberían realizar prácticas e intervenciones que tiendan a la disminución de este y otros problemas de

salud pública, además de ello, se logra una evidencia a través de las estadísticas y reportes del déficit en el diagnóstico precoz, tratamientos efectivos, falta de autocuidado y otros factores que predisponen a la población ante esta situación de salud.

- Las prácticas educativas, el fomento del autocuidado, el mejoramiento y compromiso de los programas de prevención y promoción, son algunas de las herramientas para generar en la población una cultura de conciencia y sensibilización ante la vulnerabilidad de contraer sífilis o cualquier I.T.S, de las cuales se sabe que, si no son tratadas oportunamente, generan consecuencias negativas para la salud de los individuos, incluso la muerte.

6. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados de la investigación, se sugiere a la E.P.S, continuar con el seguimiento y, sobre todo, búsqueda activa para los registros oportunos de los casos de sífilis tanto gestacional como congénita y a partir de esto, comenzar campañas que logren mitigar el impacto sobre la población

- Realizar mejoras continuas en cada uno de los programas de prevención y promoción, con ayuda de los entes territoriales, haciendo énfasis en el programa de detección temprana de alteraciones en el embarazo, puesto que, con este, se logra un contacto directo con la población gestante y así mismo, el diagnóstico precoz y empleo de tratamientos oportunos que busquen disminuir la aparición de nuevos casos de sífilis congénita
- Diseñar e implementar acciones de tipo educativo, en las poblaciones vulnerables identificadas, a través de estrategias lúdico-recreativas que logren generar una conciencia de prevención, acercamiento y utilización de los programas de prevención y promoción, y sobre todo se fomente el autocuidado como primera medida de prevención para el mantenimiento de la salud.
- Planear y colocar en marcha, campañas y planes de mejoras continuas en el programa de detección temprana de alteraciones en el embarazo, a través del cual, se logre ejercer y mantener un control estricto en cuanto a las acciones de diagnóstico precoz, rehabilitación y tratamiento de sífilis gestacional, y, por ende, contribuir a reducir las tasas de sífilis congénita, abarcando de manera integral el entorno de la materna.
- A los entes territoriales y gubernamentales de la ciudad de Montería, fortalecer la captación de la población, incentivar el uso y asistencia a los programas de promoción y prevención; ofrecidos en el nivel de atención básico.

• BIBLIOGRAFÍA

AMADOR, Concepción; HANNA, Mónica; VILLADIEGO, Marilyn. Sífilis gestacional: enfermedad de interés en salud pública, Córdoba-Colombia, 2015. En: Revista Cuidarte [En línea]. N. 1 (2017). <<https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/350>> [citado en 13 de marzo 2018]. ISSN 2216-0973.

ANZALONE, L. Infecciones de transmisión sexual. En: Universidad de la republica facultad de medicina [en línea]. No. 2. (2008) <<http://www.higiene.edu.uy/cefa/2008/infeccionestransmitidassexualmente.pdf>> [citado en 20 de marzo 2018]

BIBLIA. Traducido del Latín por el padre Antonio Portela. 5 ed. Cali: Editorial Divino niño de la SAGRADA Prensa, 1978 Sacrificio 17: 6-45.

BOWEN, Virginia. Incremento en la incidencia de sífilis congénita en Estados Unidos 2012 – 1014. En: Centro de control y prevención de infecciones. Atlanta. 2015. [en línea] <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6444a3.htm>> [citado en 19 de mayo 2018]

CARRADA, Teodoro. Sífilis: actualidad, diagnóstico y tratamiento. En: Revista de la facultad de medicina UNAM. [En línea]. No 6 (2003) <<http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2003/un036g.pdf>> [citado en 22 de enero 2018]

CASERES, Adriana. Relación entre condiciones sociodemográficas y conocimiento sobre riesgo preconcepcional en mujeres en edad fértil. Medisur vol.15 no.6. Cienfuegos. 2017. En: Scielo [base de datos] <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X20170006000009&script=sci_arttext&tlng=pt> [citado en 24 de mayo 2018]

CASERTA, Mary. Sífilis congénita. En: Manual MSD. [En línea] <https://www.msdmanuals.com/es-co/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADfilis-cong%C3%A9nita#v1091604_es> [citado en 19 de mayo 2018]

CONGRESO DE REPÚBLICA COLOMBIANA. Ley 100 de 1993: Sistema de seguridad social integral en salud. Bogotá: Avance Jurídico (1993). ISSN 1657-6241

CONGRESO DE LA REPUBLICA COLOMBIANA. LEY 1098 DE 2006: Código de la Infancia y la Adolescencia: Artículo 20. Bogotá: Avance Jurídico (2006). ISBN 978-958-98873-3-2

CONGRESO DE LA REPUBLICA COLOMBIANA. LEY 1220 DE 2008. Bogotá (2008)

DANE. Archivo nacional de datos. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica en salud pública. Bogotá. 2017. [en línea] <https://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/441/datafile/F2> [citado en 14 de mayo 2018]

DANE. Información departamental. Córdoba Colombia 2015. [En línea] <<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/C%C3%B3rdoba%2015.pdf>> [citado en 18 de abril 2018]

DANE. Pirámide de población total según sexo y grupos quinquenales de edad. [En línea]< Pirámide de población total según sexo y grupos quinquenales de edad > [citado en 18 de abril 2018]

DÍAZ, Luz. Sífilis gestacional: un problema de salud pública. En: Scielo [base de datos en línea]. Vol. 59, no. 3 (jul – sep. 2011). [Citado en 20 de marzo 2018]. <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112011000300001&script=sci_arttext&tlng=es>

GALEANO, Claudia. Prevalencia de sífilis gestacional e incidencia de sífilis congénita, Cali, Colombia, 2010. En: Revista colombiana de obstetricia y ginecología [en línea]. No. 4 (2012) < http://evirtual.lasalle.edu.co/info_basica/nuevos/guia/GuiaClaseNo.3.pdf > [citado en 12 de marzo 2018]. ISSN 2464-0225

GALLEGO, Liliana. Reconociendo el problema de la sífilis en las gestantes. (2008). [en línea] < https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/literatura_interes/sifilis-gestacional.pdf > [citado en 13 de marzo 2018]

GAYÓN, Eduardo. Efectividad del preservativo para prevenir el contagio de infecciones de Transmisión sexual. En: ReserchGate [en línea]. No. 2 (2008) < <https://www.researchgate.net/publication/240627871> > [citado en 14 de febrero 2018]

GRIEMBERG, Gloria. Sífilis y embarazo control prenatal, seroprevalencia y falsos biológicos positivos. En: Revista Medicina Buenos Aires. [En línea]. (2000). < http://medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/3/v60_n_3_p343_347.pdf >. ISSN 0025-7680. [Citado en 22 de enero 2018]

GOB.MX. Anuario de Morbilidad 1984 -2016 [en línea]. < <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/glosario.html> > [citado en 20 de marzo 2018]

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Informe nacional. Sífilis gestacional y congénita. Bogotá. 2017. [en línea] <http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Capacitacin%20Sifilis%202017/Sifilis_Gestacional_y_Sifilis_Congenita_Bta.pdf > [citado en 20 de mayo 2018]

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Protocolo de vigilancia en salud pública: Sífilis gestacional y sífilis congénita. Versión 02. 2015

LLORENTE, Digna. Actualidad en infecciones de transmisión sexual de etiología viral. En: lMedPub: Archivos médicos. [En línea]. 5, 2:2 (2009). P. ISSN 102833-026. <<https://books.google.com.co/books?id=2jBhuQysbv8C&pg=PT32&lpg=PT32&dq#v=onepage&q&f=false>> [citado en 26 enero 2018]

MINISTERIO DE SALUD. Guía de atención para las enfermedades de transmisión sexual. Bogotá. 5 p. [en línea]. <<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/24Atencion%20de%20las%20ETS.PDF>> [citado en 22 agosto de 2017]

MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del embarazo. Bogotá. 2000. 13 p.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención integral de la sífilis gestacional y congénita. 2014. Bogotá: il. ISBN: 978-958-8735-87-0

MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 412 de 2000. Bogotá (2000)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto número 3518 de 2006. Bogotá (2006)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución número 00002338 de 2013. Bogotá (2013)

NAVARRO, Y. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. En: Scielo [base de datos]. N. 19. (2010). <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es.> [Citado en 26 enero de 2018]

NEIRA, Freddy. Sífilis congénita. En: Revista Precop [en línea]. < http://evirtual.lasalle.edu.co/info_basica/nuevos/guia/GuiaClaseNo.3.pdf > [citado en 02 de febrero 2018]

NOREÑA, Soraya. Análisis del comportamiento sociodemográfico y epidemiológico de la sífilis congénita en Colombia 2008-2009. En: Universidad del Rosario [base de datos en línea]. Bogotá. (2011). [citado en 12 de marzo 2018]

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Eliminación mundial de la sífilis congénita: fundamentos y estrategia para la acción. [En línea]. (2008) <
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43856/9789243595856_spa.pdf;jsessionid=28024CF485F3848D24AB2C91CD5BB845?sequence=1 > [citado en 26 de enero 2018]. ISBN 978 92 4 359585 6

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Epidemiología [en línea]. <
<http://www.who.int/topics/epidemiology/es/> > [citado en 20 de marzo 2018]

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD. Módulo de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. No. 2. (2002). 49 p. ISBN 92 75 32407 7

POTTS, Malcom, SHORT, Roger. Historia de la sexualidad: Desde Adán y Eva. Cambridge: AKAL, 2001. 267 p. ISBN 84 8323 205 7

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Decreto 2323 de 2006. Bogotá (2006)

TRANSFORMEMOS. Impacto del uso de las mediaciones didácticas interactivas en Córdoba. Características sociales del departamento de Córdoba. Bogotá. 2014. [en línea] <
<http://www.transformemos.com/investigaciones.html> > [citado en 18 de abril 2018]

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO. Breve historia y descripción de las ETS. [En línea]. <
<http://www.unidiversidad.com.ar/breve-historia-y-descripcion-de-las-enfermedades-de-transmision-sexual> > [citado en 15 octubre 2017]

ANEXOS

Anexo 1. Solicitud formal de base datos a E.P.S. Para desarrollo el desarrollo de la investigación.



UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



Montería 19 de febrero de 2018

Enfermera
NELLY MEDRANO
Coordinadora de Promoción y Prevención EPS Comfacor
Montería

Cordial saludo.

El Comité de Investigación y Extensión de la Facultad Ciencias de la Salud, dio su aprobación al proyecto titulado: **"COMPORTAMIENTO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN UNA EPS SUBSIDIADA DE LA CIUDAD DE MONTERÍA, 2015 --2017"**. Este proyecto viene siendo desarrollado por las estudiantes del Programa de Enfermería: Tania marcela Díaz Soto, Jalber Martínez Martínez; quienes en estos momentos se encuentran en el proceso de recolección de la información.

Teniendo en cuenta lo antes expuesto, solicitamos su valiosa colaboración, para que las estudiantes antes mencionadas, puedan acceder a la base de datos de las enfermedades infecciosas de transmisión sexual (ITS), ocurridas del año 2015 al 2017, reportadas en el SIVIGILA. Esta información será utilizada netamente con fines académicos.

Es importante aclarar que la recolección de los datos se realizará guardando los principios de confidencialidad, éticos y legales de la investigación.

Una vez finalice el estudio, le estaremos enviando una copia del informe final de los resultados del mismo, los cuales servirán de apoyo a su institución para los procesos investigativos y para la implementación de estrategias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población estudiada.

Le agradecemos su colaboración al respecto.

Atentamente,

Ph.D. MARILYN VILLADIEGO CHAMORRO
Coordinadora de Trabajo de grado
Facultad Ciencias de la Salud



Por una universidad con calidad, moderna e incluyente
Carrera 6ª. No. 76-103 Montería N.T. 891080031-3 - Teléfono: 7860300 - 7860920 www.unicordoba.edu.co

Anexo 2. Guion video: “Salud sexual y reproductiva, una estrategia educativa en contra de la sífilis”

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

UNA ESTRATEGIA EN CONTRA DE LA SÍFILIS

SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA

- Hola, soy el **treponema pallidum** y soy la bacteria que causa la sífilis.
- Puedo trasmitirme a través del contacto sexual sin protección y de madre a hijo durante el embarazo o el parto.
- Mi desarrollo en el cuerpo humano, se da en 3 fases, en 1ra puede que no existan síntomas, solo la aparición de una lesión cutánea llamada chancro. La 2da fase puede aparecer varios meses después y los síntomas serán: lesiones cutáneas en todo el cuerpo, pérdida de peso, fiebre y malestar generalizado. La fase tardía o sífilis neurológica puede aparecer muchos años después del contagio, aquí causaré daños en el sistema circulatorio y nervioso.
- Cuando infecto el cuerpo de una mujer embarazada, produzco la sífilis gestacional y la probabilidad de que logre infectar al feto es muy elevada, entonces me llamaré sífilis congénita y causaré daños en el corazón, cerebro, huesos y en el peor de los casos la muerte.

- Entonces... ¿qué podemos hacer para evitar el contagio, propagación y desarrollo de esta enfermedad?
- Es muy fácil, existen varios factores protectores y herramientas para combatirla:
- El uso del condón previene hasta en un 95% la probabilidad de contraer cualquier I.T.S. y también embarazos no deseados.
- Mantener relaciones de pareja estables.
- Asistir a los programas de promoción y prevención ofrecidos en el nivel de atención básico.
- Si estas embarazada, asiste al control prenatal, aquí se detectará de forma oportuna la sífilis o cualquier alteración de la gestación.
- El diagnóstico de la sífilis es sencillo y lo hace un médico a través del examen físico y examen de laboratorio, entonces si eres diagnosticada o diagnosticado, deberás recibir tratamiento antibiótico completo junto con tu pareja, luego asistirás a los controles de seguimiento para verificar la eliminación de la sífilis.
- Por último, es importante que tengas en cuenta, que cualquier I.T.S. aumenta el riesgo de contraer VIH

La sífilis es un enfermedad prevenible y curable.

Tu salud y la de los tuyos esta en tus manos.

Elaborado por: Tania Marcela Díaz Soto – Jalber Fabián Martínez Martínez